

*IV Международная (74 Всероссийская) научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

2. По результатам ДХА половина пациенток, находящихся в поздней постменопаузе, имеет остеопению, а 41,1% пациенток уже имеют низкоэнергетические переломы в анамнезе. Учитывая высокий риск остеопоротических переломов, оцененных с помощью FRAX, большая часть пациенток подлежит проведению денситометрии и терапевтическому вмешательству по поводу остеопороза.

3. Женщины в поздней постменопаузе имеют снижение физического функционирования, которое ассоциируется с обеспеченностью витамином D₃. Это свидетельствует о мышечной слабости и высоком риске падений среди данных пациенток, и, как следствие, может приводить к переломам. Поэтому терапевтическая коррекция недостаточности и дефицита витамина D₃ является необходимым инструментом в улучшении здоровья и снижении инвалидизации таких пациенток.

4. Витамин D₃ является важным фактором когнитивного здоровья у пациенток позднего постменопаузального периода.

Список литературы:

1. Бордакова Е.В. Роль витамина D в профилактике и лечении постменопаузального остеопороза / Е.В. Бордакова, С.В. Юренева // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 3. – С.9-13

2. Дедов И.И. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение и профилактика [Электронный ресурс] / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Е.А. Пигарова // Клинические рекомендации. – 2015. – URL: <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-promoshchi/D%2019042014.pdf> (дата обращения 01.03.19.).

3. Кузнецова И.В. Менопаузальный остеопороз и витамин D / И.В. Кузнецова // Акушерство и гинекология. – 2018. – №8. – С. 41-47

4. Поворознюк В.В. Менопауза и остеопороз / В.В. Поворознюк, Н.В. Григорьева // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – Т.2. – №4. – С. 40-47.

5. Клинические рекомендации «Остеопороз» / под редакцией И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко // Москва. – 2016. – 104 с.

6. Skalska A. 25-hydroxyvitamin D and physical and cognitive performance in older people with chronic conditions / A. Skalska, A. Gałaś, T. Grodzicki // Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. – 2012. – №122, Vol. (4). – P. 162-169.

УДК 616.248

**Гареева А.И., Нуртдинова Г.М., Муслимова В.К.
ВЛИЯНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА НА ТЕРАПИЮ И
КОНТРОЛЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
Башкирский государственный медицинский университет,
г.Уфа, Российская Федерация

Gareeva A.I., Nurtdinova G.M., Muslimova V.K.
**EFFECT OF EXCESSIVE BODY MASS ON THERAPY AND
CONTROL OF BRONCHIAL ASTHMA**

Department of Propaedeutics of internal diseases,
Bashkir state medical university,
Ufa, Russian Federation

E-mail: adeli-gar@yandex.ru

Аннотация: Было обследовано 100 пациентов с бронхиальной астмой отделения аллергологии ГБУЗ РБ ГKB №21 г.Уфы, проведен осмотр, антропометрия, изучение лабораторных данных и терапии пациентов. Выявлено влияние избыточной массы тела на течение бронхиальной астмы и его контроль.

Annotation: 100 patients with bronchial asthma of the Department of Allergology GBUZ RB GKB №21 of the city of Ufa were examined, examination, anthropometry, study of laboratory data and patient therapy were conducted. The influence of overweight on the course of asthma and its control

Ключевые слова: бронхиальная астма, избыточная масса тела.

Key words: bronchial asthma, overweight.

Введение: Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей [5]. Несмотря на очевидный прогресс, достигнутый в терапии бронхиальной астмы (БА) за последние годы, она по-прежнему остается причиной инвалидизации пациентов и смертельных исходов [1]. Кроме того, более чем у половины больных БА, получающих лечение, отсутствует контроль над заболеванием, а стало быть, имеется высокий риск развития обострений [4].

Цель исследования - изучение влияния избыточной массы тела и на течение бронхиальной астмы

Материалы и методы исследования: В исследование включено 100 пациентов с БА, среди них 72 (72%) женщин и 28 (28%) мужчин, средний возраст обследуемых составил у женщин $59,6 \pm 12,1$ лет, у мужчин $53,3 \pm 13,2$. Критериями включения в исследование являлись: диагноз БА, установленный согласно классификации МКБ 10 и в соответствии с рекомендациями «Глобальная стратегия по бронхиальной астме». Обследование больных проводилось в соответствии со Стандартами медицинской помощи больным астмой (приказ МЗ и СР №459 от 2.07.2007). Также пациентам проводилась антропометрия, наличие и степень ожирения определяли путем расчета индекса

массы тела (ИМТ): масса тела (кг)/рост в квадрате (м²). В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1998), за нормальную массу тела считали значения ИМТ < 25 кг/м², с избыточную массу тела и ожирением - ИМТ > 25,0 кг/м². Пациенты были разделены на три группы: I – БА с нормальной массой тела (ИМТ 25,0-29,9 кг/м²), II – БА с избыточной массой тела (ИМТ > 25 кг/м²). Для сравнения учитывались данные спирометрии ОФВ₁ и Индекс Тиффно, лабораторные показатели: содержание эозинофилов, нейтрофилов, IgE в анализе крови, оценивалось базисное лечение, количество обострений за год. Статистическая обработка проведена и с использованием пакета анализа данных в программе Excel 2010. Значимость определялась с помощью критерия Стьюдента. Зависимость между показателями определяли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r). Показатели считались статистически значимыми при p < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение По результатам общеклинического исследования пациенты с БА были сгруппированы в две группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ) (таб.1).

Таблица 1

Распределение больных с бронхиальной астмой в зависимости от индекса массы тела

Группы	БА		
	n	Абс, %	Среднее значение ИМТ
I - С нормальной массой тела (ИМТ < 25 кг/м ²)	n=74	74%	22,7±1,2
II - С избыточной массой тела и ожирением (ИМТ > 25,0 кг/м ²)	n=26	26%	30,1±2,3

При анализе лабораторных данных получены следующие показатели, которые представлены в таблице 2. Следует отметить снижение показателей во II группе. Увеличение массы тела и уменьшение податливости стенок грудной клетки при отложении жира вокруг ребер и связанное с этим затруднение в увеличении объема грудной клетки на вдохе, отложение жира в дыхательных путях, нарушающие способность хрящевых колец поддерживать нормальный просвет дыхательных путей, отложение жира в средостении и в брюшной полости обуславливают нарушение физиологии дыхания, что способствует снижению показателей помимо бронхиальной обструкции [3].

Таблица 2

Показатели спирографии в зависимости от индекса массы тела.

Фон		Фенотерол		После лечения	
ОФВ	ИТ	ОФВ	ИТ	ОФВ	ИТ

I	73,1 ±16,3	82,1±13,1*	77,4±15,8	83,6±10,7*	77,9±9,2*	84,4±10,1
II	67,6±12,8*	72,9±15,7	79,2±18,3	78,8±12,2*	74±12,4	76,3±16,2

(* - при $p < 0,05$)

Отмечается поздний дебют бронхиальной астмы во второй группе 57,9±9,1* лет, чем в первой 38,2±6,4*лет ($p < 0,05$). Количество обострений за год составляет 3,2±0,8 и 2,4±1 соответственно. Для выявления влияния ИМТ на дебют БА был проведен корреляционный анализ ($r=0,4$, $p < 0,05$).

В базисной терапии 86% пациентов БА используют комбинированные препараты ИГКС/ДДБА. В 1 группе больных 88% используют средние дозы ИГКС/ДДБА и 12% высокие дозы ИГКС/ДДБА. Во II группе больных 52% применяют высокие дозы ИГКС/ДДБА и 35% средние дозы ИГКС/ДДБА и 5% использовали системные глюкокортикостероиды. Для купирования приступов 95% пациентов использовали бронхолитики короткого действия (Беродуал, Сальбутамол). Показатели использования бронхолитиков в сутки составило при избытке массы тела 5,2±1,4* и при нормальной массе 3,7±0,9* ($p < 0,05$).

При анализе сопутствующих заболеваний выявлено следующее: в первой группе доля пациентов с заболеванием ССС составляет 8%, аллергические заболевания - 12%, ХОБЛ – 10,5%. Во второй группе показатели выше: ССЗ – 48,6%, эндокринные – 12,1%, аллергические заболевания, органов ЖКТ и пациенты перенесшие инсульт составили 10,8%, ХОБЛ – 12,5%. Следует отметить, что ХОБЛ имеется чаще у лиц мужского пола.

Выводы:

Пациенты с избыточной массой тела имеют снижение дыхательных показателей, отмечается высокая частота обострений за год и частое использование комбинированных ИГКС.

Отмечается высокая частота сопутствующих заболеваний, что ухудшает течение бронхиальной астмы.

Список литературы:

1. Будневский А.В., Терапевтические подходы к контролю воспаления на уровне мелких бронхов при бронхиальной астме. / В.Т. Бурлачук, И.А. Олышева // Российский аллергологический журнал. – 2010 – 4. - С. 85—94.
2. Гарева А.И. Влияние Метаболического синдрома на течение бронхиальной астмы / Г.М. Нуртдинова // Вестник БГМУ. – 2018. – 3. – с.49 - 54
3. Яшина Л.А. Бронхиальная астма у больных с ожирением — особый фенотип заболевания. / С.Г. Ищук // Астма и аллергия. 2011.- 4.- С.46— 49.
4. Demoly P. et al. // Eur. Respir. Rev. 2010.- V.19. - P. 150
5. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA). Updated 2014 // www.ginasthma.com

УДК 614.253